

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA EL AIRE ACONDICIONADO – VENTILACIÓN
RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS COMPLETAMENTE

Solicitudes aceptadas desde el 15 de junio hasta el 15 de agosto
 ¿En qué ciudad o condado vive? _____

PARTE I

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del segundo nombre) _____
 Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono de trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____
 Método de contacto preferido – **RODEE CON UN CÍRCULO UNO** de los métodos de contacto anteriores

Dirección física/de servicio _____ Ciudad/ Estado, Código postal _____ Idioma principal que se habla en su hogar _____

Dirección de correo _____ Ciudad/ Estado, Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Teléfono móvil _____ Teléfono de trabajo _____

Método preferido de correspondencia

Si desea recibir un mensaje de texto o un correo electrónico para notificarle que puede acceder electrónicamente a algún correo acerca de sus beneficios a través de CommonHelp, seleccione una de las opciones de la parte inferior. Facilite un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico. Una vez que elija su método electrónico de correspondencia preferido, se utilizará para todos los programas en el caso para el que haya presentado su solicitud. Si no elige recibir notificaciones mediante un mensaje de texto o un correo electrónico, recibirá toda la correspondencia escrita a través del servicio de correos de Estados Unidos. Si realiza una solicitud en nombre de otra persona como representante autorizado, se le enviará a usted por correo toda la correspondencia. El solicitante puede contactar con el departamento local de Servicios Sociales para informarse de cómo cambiar el método de correspondencia.

Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono móvil para mensaje de texto: _____ Proveedor de servicios de telefonía móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

PARTE II

1. ¿Cuál es su necesidad de aire acondicionado - ventilación? (Marque todas las que correspondan)

___ Pago del depósito de electricidad ___ Pago de la factura de electricidad ___ Recogida de un ventilador portátil ___ Auto-recogida e instalación de una ventana de aire acondicionado
 ___ Compra e instalación de un acondicionador de aire de ventanilla por un proveedor aprobado del programa de asistencia energética ___ ¿tiene por lo menos un aire acondicionado de trabajo en su casa? ___ Si ___ No
 (usted no puede recibir un acondicionador de aire de la ventana si usted tiene ya un acondicionador de aire de trabajo de cualquier tipo en su hogar. La agencia local puede llamarle o visitar su casa para confirmar que no tiene un acondicionador de aire de trabajo.)
 ___ Reparación del aire acondicionado central o bomba de calefacción ___ Compra/instalación de ventilador de cielo raso, del ático o de toda la casa ___ Reparación del ventilador de cielo raso o del ático o de toda la casa

2. Haga un círculo en la letra que mejor describe su situación de vida actual. Lea cada una antes de elegir. Encierre sólo una opción.

- A. Soy propietario o estoy comprando mi casa y pago todas las facturas de aire acondicionado.
- B. Soy propietario o alquilo mi casa y no pago factura de aire acondicionado.
- C. Pago el alquiler y también el aire acondicionado separadamente.
- E. Pago el alquiler y el aire acondicionado está incluido en el pago del alquiler.
- F. Vivo en una vivienda subsidiada, Sección 8, HUD, ó vivienda pública y pago ocasionalmente los cargos por el consumo extra.
- G. Vivo en una vivienda de la Sección 8, HUD, ó vivienda subsidiada y pago regularmente algunas o todas mis facturas de aire acondicionado.
- I. Vivo en una habitación en la casa de otra persona.
- L. Vivo en una institución, vivienda colectiva, centro de tratamiento u hogar para adultos.
- P. No pago alquiler y vivo en más de una habitación, casa o apartamento y pago por la calefacción/aire acondicionado.
- Q. Vivo en un refugio de emergencia o no tengo hogar. He hecho un arreglo para mudarme a una casa, apartamento o a más de una habitación.

3. ¿Son todas las personas que viven en su hogar ciudadanos estadounidenses? ___ SÍ ___ NO Si su respuesta es no, ¿quienes no lo son? _____ ¿Cuál es el estatus migratorio de esas personas? _____

4. ¿Esta' alguien en su hogar discapacitado? ___ SÍ ___ NO Si su respuesta es sí, ¿quién? _____

5. ¿Cuántas personas viven en su hogar? # _____

6. ¿Hay alguien fuera de casa temporalmente? ___ SÍ ___ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿En qué fecha se espera que regresa? _____

Identifíquese usted primero y luego todas las personas que viven en su hogar. **Propvea el numero de Seguro Social para cada una de las personas que viven en su casa.** Complete la información para cada persona.

NOMBRE	RELACIÓN CON LA PERSONA EN LA LÍNEA 1	Nº del SEGURO SOCIAL	GENORO (M.F)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	HISPANO O LATINO		TRABAJA		CANTIDAD DE INGRESO MENSUAL BRUTO	INGRESOS PAGADOS semanalmente, quincenalmente, dos veces al mes, mensualmente	INDIQUE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS Ingresos por trabajo (indique el Nombre del empleador/Empresa); auto-empleo, Seguro Social; SSI; Beneficios para veteranos; pensión alimentación de menores; etc.
						Sí (S)	No (N)	Sí (S)	No (N)			
	Persona que responde											

7. **Encierre en círculo TODOS los tipos de ingresos del hogar:** Empleo o trabajo por cuenta propia Desempleo Compensación para el trabajador Ingreso de alquiler
 Pensión alimenticia Manutención infantil Seguro social SSI Beneficio de Veteranos Pension de Jubilados TANF Subsidio general

Otro: especifique _____

8. ¿Usted recibe pagos de la División de Cumplimiento de Manutención de Niños? SÍ NO ¿Por cuánto? ¿Quién paga la manutención del menor? _____

9. ¿Recibe algún miembro del hogar beneficios SNAP (anteriormente cupones de alimentos, Food Stamps)? SÍ NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____

10. ¿Recibe algún miembro de su hogar Medicaid? SÍ NO Si su respuesta es sí, nombre del caso _____

11. ¿Recibe Medicaid Home & Community-Based Care (Cuidado en el hogar de Base Comunitaria)? SÍ NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo recibe? _____
 El pago del paciente es \$ _____

12. ¿Alguien paga seguro de Medicare, Parte B? SÍ NO Parte D? SÍ NO Si su respuesta es sí, ¿quién lo paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____

13. **Encierre en círculo todos los tipos de equipo de aire acondicionado-ventilación que hay en su hogar.** Ninguno Ventilador Portatil Ventilador de cielo raso Ventilador para ático
 Ventilador para toda la casa Aire acondicionado de ventana Unidad de aire acondicionado central Bomba de calefaccion

14. ¿Funciona el equipo de aire acondicionado que hay en su hogar? SÍ NO Si su respuesta es NO, enumere todo el equipo que NO funciona _____

15. ¿Quién es el dueño o responsable del equipo de aire acondicionado en su hogar? _____

16. Nombre y dirección de la compañía de aire acondicionado en su casa _____

Se necesita verificación de la compañía de servicio si usted acondiciona el aire de su hogar con electricidad. Adjunte una copia de su factura de electricidad más reciente. Complete lo siguiente:

¿A nombre de quién está la factura? _____ Número de cuenta _____ ¿Quién es el responsable de pagar la factura? _____

El pago es a través de retiro mensual automático? Si No O pago por débito o crédito? Si No ¿Tiene una cuenta de servicio eléctrico pague por adelantado? Si No

17. ¿En qué otro lugar solicitó esta asistencia? _____

18. ¿Tiene gastos de calefacción? SÍ NO Si su respuesta es SÍ, ¿qué tipo de energía utiliza? **Encierre en círculo** la energía que utiliza con más frecuencia para calentar su hogar.

ENCIERRE EN CÍRCULO SÓLAMENTE UNA RESPUESTA.

Electricidad Gas natural Petróleo Kerosén blanco Kerosén rojo Carbón Leña Propano líquido (LP)/Gas envasado

19. Nombre y dirección de la compañía que usa para la calefacción de su hogar _____

20. ¿Cuál es el nombre que aparece en la cuenta de su factura de calefacción? _____

¿Cuál es su número de cuenta con su compañía de calefacción? _____

21. Encierre en círculo el principal equipo de calefacción usado para calentar su hogar. Encierre sólo uno Horno Radiador Calentador portátil Calentador ventilado del espacio (calentador con el sistema exterior del extractor o del monitor) Calentador de base de pared Bomba de calefaccion Chimenea Estufa de leña/carbón

Estufa para cocinar Ninguno Desconocido

22. ¿Su hogar tiene algún monto adeudado por cuentas pasadas de electricidad? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuál es la cantidad adeudada? _____

23. ¿Ha recibido en su hogar una notificación de corte de electricidad? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo le desconectarán este servicio? _____

24. ¿Han desconectado el servicio de electricidad en su hogar? SÍ NO Si la respuesta es sí, ¿Cuándo fue realizado este corte del servicio? _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información mencionada arriba y en documentos adjuntos es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Notificaré al Departamento de Servicios Sociales dentro de 5 días si se produce algún cambio en mi situación. Entiendo que ningún miembro de mi hogar ni yo podemos vender mercancía comprada en mi nombre por medio del programa, a menos que el departamento local de servicios sociales haya otorgado el permiso para hacerlo. Todos los beneficios recibidos deben ser utilizados para el fin autorizado. Puedo presentar una queja si siento que me han discriminado debido a mi raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, opinión política, religión, orientación sexual o estatus civil o familiar. Si brindo información falsa, retengo información, no informo los cambios de inmediato o recibo asistencia para la cual no soy elegible, podría estar infringiendo la ley y podría ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude. Si completé o ayudé a completar este formulario de solicitud y ayudé e induje al solicitante a obtener asistencia para la cual no es elegible, podría estar infringiendo la ley y ser procesado. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales puede utilizar la información de esta solicitud o puede comunicarse conmigo con fines de investigación, evaluación y análisis hasta donde sea permitido por la ley estatal o federal. Mi firma autoriza al Departamento de Servicios Sociales a obtener cualquier verificación para establecer la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia, o a dar información de mi archivo a otras organizaciones a las que he solicitado o recibido asistencia. Entiendo que, al proporcionar información de la cuenta de mi proveedor(es) de energía, estoy autorizando al(los) proveedor(es) de energía a proporcionar detalles acerca de mi cuenta y uso energético al DSS para propósitos de análisis y evaluación del programa. Acepto eximir y/o liberar de responsabilidad a mi(s) proveedor(es) de energía por cualquier reclamo, pérdida, demanda, daño u obligación de cualquier tipo originada o presuntamente originada por dicha divulgación.

Firma del solicitante OR Mark: _____ Fecha _____

Testigo de Mark o intérprete: _____ Número de teléfono _____ Fecha _____

Completado en nombre del solicitante por: _____ Número de teléfono _____ Fecha _____